



PERSONNE DE CONFIANCE

À quoi sert une personne de confiance ?

- À transmettre vos souhaits si vous n'étiez plus en capacité de vous exprimer.
- À pouvoir vous accompagner dans vos démarches et les décisions à prendre concernant votre prise en charge médicale. Elle peut assister, à votre demande, aux entretiens médicaux.

* **Je soussigné(e)** (nom - prénoms du **PATIENT**) :

Né(e) le : .. / .. / à :

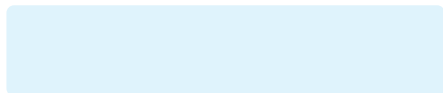
Adresse :

Téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

☐ **NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER
DE PERSONNE DE CONFIANCE**

* **Certifie** avoir été informé(e) de la possibilité de désigner une personne de confiance et ne souhaite pas en désigner.

Date : .. / .. / Signature :



☐ **DÉSIGNE COMME PERSONNE DE CONFIANCE**

☐ Pour cette prise en charge.

☐ À chaque prise en charge.

(nom - prénoms) :

En qualité de :

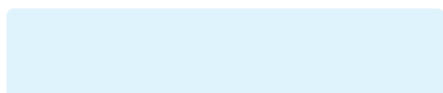
☐ famille ☐ entourage ☐ médecin traitant ☐ autre (précisez) :

Adresse :

Téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

Et m'engage à l'informer de cette désignation et de ses missions.

Date : .. / .. / Signature :



Si le patient a des difficultés pour écrire, les deux témoins attestent, à sa demande, que cette désignation est bien l'expression de sa volonté libre et éclairée.

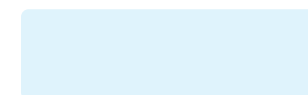
1^{er} témoin

Nom et prénom :

Qualité :

Date : .. / .. /

Signature :



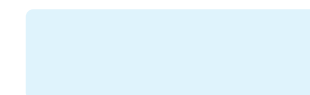
2^e témoin

Nom et prénom :

Qualité :

Date : .. / .. /

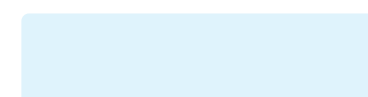
Signature :



☐ **Le patient n'est pas apte à se prononcer :**

Fait le : .. / .. / à :

Nom et signature du professionnel de santé :



J'ACCEPTE D'ÊTRE LA PERSONNE DE CONFIANCE

* Je soussigné(e) (nom - prénoms de la PERSONNE DE CONFIANCE) :

Né(e) le : .. / .. / .. à : ..

Adresse : ..

Téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

* Accepte ma désignation en qualité de personne de confiance de (nom - prénoms du PATIENT) : ..

* Certifie avoir été informé(e) sur ma mission et ses limites. Ainsi, être personne de confiance ne me donne pas le droit :

- d'exiger d'être informé(e) sur l'état de santé de la personne qui m'a désigné(e),
- d'accéder à son dossier médical,
- de divulguer les informations reçues à d'autres personnes.

Dans tous les cas, c'est le patient qui vous a désigné(e) qui décide des informations nécessaires à votre rôle d'aide. Vous devrez garder secret tout ce que vous apprendrez au sujet de son état de santé.

Date : .. / .. / ..

Signature :



FOIRE AUX QUESTIONS PERSONNE DE CONFIANCE

Selon l'art L.1111-6 du Code de la Santé Publique, issu de la Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où la personne elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

Qui

peut désigner une personne de confiance ?

➤ Toute personne majeure bénéficiaire de soins. En cas de **tutelle**, la désignation est soumise à autorisation du Juge des Tutelles.

Qui peut être ma personne de confiance ?

➤ La loi ne l'indique pas mais donne des possibilités : un parent, un proche ou le médecin traitant. Seule obligation, qu'elle soit majeure.

➤ Conseils : désignez une personne avec qui vous avez une vision proche de la qualité et de la fin de vie (ou tout du moins à qui vous avez relaté vos souhaits et sur qui vous pouvez compter pour les transmettre fidèlement).

➤ La personne de confiance est unique. Elle n'est pas n'importe qui et ne peut pas se désigner elle-même.



Quand

*désigner ma
personne de confiance ?*

- Dès le début de votre prise en charge par SSBR (proposition).
- Vous pouvez aussi le faire dans un 2^e temps.

Comment

*désigner ma personne
de confiance ?*

- Par écrit, document daté et signé (inséré dans votre dossier).

La personne

*à qui je compte
confier cette
responsabilité
peut-elle refuser ?*

- Vous devez informer la personne de confiance pressentie de votre choix et de ses missions.
- Elle a la possibilité de refuser.

Combien

*de temps est valable
ma désignation ?*

- Le temps de l'hospitalisation (ou plus longtemps si vous le désirez).
- Cette désignation est révocable à tout moment.

Quelle

*alternative la loi
propose-t-elle à la
désignation d'une
personne de confiance ?*

La rédaction de **directives anticipées** (cf. plaquette dédiée).

***La libre désignation de la personne
de confiance n'est pas une obligation
mais un DROIT pour le patient.***

